中西医结合护理路径对呆病患者的应用效果分析

马保国，赵品歌，吴升伟，邹楚冰，熊令辉

（广州医科大学附属脑科医院中西医结合科（含治未病科），广东广州，510145）

［摘要］ **目的** 通过随机对照试验评估中西医结合护理路径对呆病患者效果。**方法** 选取 90 名符合入选标准的患者，随机分为试验组（接受中西医结合护理）和对照组（接受常规护理）。在基线、干预第四周和出院后第四周测量 MMSE、PSQI、ADL、MNA，进行组间比较。**结果** ①MMSE：试验组在干预第四周和随访第四周明显提高（P＜0.05），且显著优于对照组（P＜0.05）。②PSQI：试验组在干预第四周和随访第四周明显下降（P＜0.05），对照组在干预第四周也下降（P＜0.05），试验组明显更佳（P＜0.05）。③ADL：两组无显著差异（P＞0.05）。④MNA：干预第四周两组无显著差异（P＞0.05），试验组随访第四周明显改善（P＜0.05）。**结论** 中西医结合护理路径对呆病患者病情干预效果较常规护理明显更佳。

［关键词］ 呆病；阿尔茨海默病；痴呆；护理路径；中西医结合

［中图分类号］ R473.74 ［文献标识码］

Analysis of the Clinical Application Effect of Integrative Chinese and Western Medicine Nursing Pathway on Dementia Patients

Ma Baoguo, Zhao Pinge, Wu Shengwei, Zou Chubing, Xiong Linghui

(Chinese and Western Medicine Integrated Department, including Preventive Medicine, Affiliated Brain Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou, Guangdong Province, 510145)

[Abstract] **Objective** To evaluate the effect of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing path on patients with dementia through a randomized controlled trial. **Methods** 90 patients who met the inclusion criteria were selected and randomly divided into an experimental group (receiving care with integrated traditional Chinese and Western medicine) and a control group (receiving routine care). MMSE, PSQI, ADL, and MNA were measured at baseline, the fourth week of intervention, and the fourth week after discharge, and compared between groups. **Results** ①MMSE: The experimental group improved significantly in the fourth week of intervention and follow-up (P<0.05), and was significantly better than the control group (P<0.05). ②PSQI: The test group dropped significantly in the fourth week of intervention and follow-up (P<0.05), the control group also dropped in the fourth week of intervention (P<0.05), and the test group was significantly better (P<0.05). ③ADL: There was no significant difference between the two groups (P>0.05). ④MNA: There was no significant difference between the two groups in the fourth week of intervention (P＞0.05), and the experimental group improved significantly in the fourth week of follow-up (P＜0.05). **Conclusion** The nursing path of integrated traditional Chinese and Western medicine has a significantly better intervention effect on the condition of patients with dementia than conventional nursing.

[Key words] Dementia; Alzheimer's disease; Cognitive impairment; Nursing pathway; Integrative Chinese and Western medicine

---

［基金项目］ *广州市卫生健康科技项目，项目编号：20222A010042

［收稿日期］

［作者简介］ 马保国（1997.02-），男，本科，护师，心理治疗师，主要从事中医神志病护理相关临床及科研工作。

［通信作者］ 熊令辉，女，本科，副主任护师，中医专科护士，邮箱：xlhui1@163.com。

研究背景

呆病又称阿尔茨海默病(Alzheimer's Disease，AD)，是一种以患者逐渐丧失认知能力和行为能力为主要特点，与β-淀粉样蛋白(Aβ)沉积、tau蛋白异常磷酸化和神经元损伤等致病因素密切相关的神经变性病[1]。根据一项流行病学调查显示，在65岁以上老年人中，呆病患病率约为3.21％，而85岁以上老年人中，其发病率高达20.50％[2]。随着认知功能的持续性损害，呆病患者会慢慢丧失独立生活能力，完全需要他人照料，给社会及家庭带来沉重负担[3]。

呆病的发病机制十分复杂，目前临床上的药物治疗及其他干预手段都并不能起到根治呆病的效果，其作用机制大多为调节大脑中部分神经递质，主要以减轻症状为主，因此治疗效果有限[4]。有国外研究提出光照疗法[5]、音乐疗法[6]等，能够在改善呆病患者的睡眠及认知上有一定效果，但都存在治疗剂量不明确、适用人群不广泛等方面的问题，在临床治疗及护理工作中不便于大范围开展。

中医护理作为中医学的重要组成部分，在临床实践中发挥着日益重要的作用[7]。同时相关中医护理技术应用于呆病病人的临床作用也已得到验证，如韩乐鹏[8]针对呆病病人采用项七针为主的治疗方法，研究结果表明项七针可显著改善病人的认知功能及生活质量；路萍[9]在其研究将中药口服与足浴治疗相结合，在改善病人的认知功能方面取得较好成效。另外，相关研究[10]表明针对呆病的中医护理干预具有疗效确切、操作简便、无创伤、依从性好等优势，对现代临床护理有很好的补充作用。

目前中医护理技术已广泛应用于呆病患者的护理中，但临床上针对呆病患者的护理多为西医对症护理，中医护理技术尚未与西医对症护理相结合形成规范化的护理路径，本研究拟将目前已在临床上得到广泛认可的中医护理技术与常规护理技术相结合形成，形成呆病中西医结合护理路径，提高呆病诊疗质量，延缓病情进展。因此，本研究拟探讨并验证呆病中西医结合护理路径，以期改善患者临床结局，发挥中医药防治呆病的特色和优势，现报告如下。

1. 研究对象

1.1 样本量计算

本研究采用以下公式进行样本量计算[11]：

$$N=\frac{2(u_{1-\alpha/2}+u_{1-\beta})^2 s^2[(1+(n-1)\rho]}{n(\mu_1-\mu_2)^2}$$

公式中，N 为每组的例数，u1 - α/2 和 u1 - β 表示标准正态分布中对应 1-α/2和 1-β的百分位数，n 表示重复测量的次数，ρ为内部相关系数，反映了多次测量之间的相关性；μ1 - μ2 表示预期两组差值，s 表示两组合并标准差。根据预试验结果，以两组患者智能状态、睡眠质量、日常生活、营养状态为主要结局指标，根据预试验标准差计算合并标准差为1.0，两组的相关系数为0.6。设定检验水准α为0.05、把握度1-β为0.9，估算每组至少需要样本量为40例，考虑10%的样本脱失，最终每组样本量为45例。

1.2 一般资料

采用随机对照的研究设计选取2021年9月至2022年11月在广州医科大学附属脑科医院老年精神科住院的符合纳排标准的90名患者，采用SPSS25.0软件生成随机数字表将入组患者分为2组，每组45例。使用密封、不透光信封实施分配隐藏，指标观察及数据统计分析人员不知晓分组情况。研究团队由1名副主任护师、4名责任护士、1名科研护士组成。本研究第1作者协同副主任护师、科研护士设计中西医结合护理路径；责任护士负责系统干预过程的全程操作、指导和宣教。研究实施前进行一致性培训。本研究已经过广州医科大学附属脑科医院伦理委员会审核批准（伦理批号：20210823）。

1.3 纳入标准

①符合高等教育“十四五”规划教材《中医内科学》（吴勉华、石岩主编，中国中医药出版社，2021年）

中痴呆的诊断；②符合ICD-10（国际疾病分类第十版）阿尔茨海默病（Alzheimer's disease，AD）诊断标准，编码为F00.0～F00.2；③MMSE≤25分，且年龄＞60岁；④有独立决定能力的患者或患者直系亲属知情并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①老年期精神分裂症；②伴严重躯体疾病者。

1.5 脱落标准

未按路径完成干预。

1.6 终止标准

发生严重不良事件、并发症等者。

2. 方法

2.1 对照组

入组期间治疗按照相关诊疗规范。对照组给予呆病常规护理，包括基础护理、用药护理、饮食护理、睡眠护理和康复护理。基础护理：督促并协助患者做好个人料理，保持室内环境安静、舒适，以利于稳定患者情绪。用药护理：设置服药备忘提示，发药时确认患者已服药方可离开，落实药物知识健康教育。饮食护理：摄入高蛋白、高维生素，少吃糖类、淀粉类，关注患者的进食安全，防止呛食误吸。睡眠护理：保证患者每天充足的睡眠，养成规律生活作息。康复护理：合理安排进行适当的户外活动，避免久坐、久卧。

2.2 试验组

实验组在常规护理的基础上，按照《呆病中西医结合护理路径》实施辨证施膳、气交灸、耳穴埋籽、足底艾灸、情志调理、五音疗法等中医特色护理技术干预。

2.2.1 饮食护理：①辨证施膳：髓海不足证，选补益气血之品，如大枣、桂圆等；肝肾亏虚证，选滋补肝肾之品，如黑芝麻、松子等；痰瘀阻窍证，选化痰通络之品，如山橙、百合等；肝阳上亢证，选滋阴润燥之品，如黄瓜、芹菜等。②气交灸：选取神阙穴，以生桐油为介质隔陶艾灸，频率为 qod，每次 20 分钟。

2.2.2 睡眠护理：①耳穴埋籽：选取一侧耳廓穴位：心、脾、肾、神门埋籽，每 3 天更换另一侧重新埋籽，按摩耳穴，频率为 bid，每次 5 分钟。②足底艾灸：选取足底头部、肾脏反射区和涌泉穴、失眠穴，频率为 qd，每次 20 分钟。足底艾灸使用我科实用新型专利：足灸箱[12]（专利号 ZL202120093202.0）。

2.2.3 康复护理：①（坐式）八段锦：协助患者每天练习八段锦 1 次，根据其活动能力选择站式或坐式八段锦。②情志调理：根据患者心理状态予借情疗法、移情疗法、暗示疗法。③五音疗法：评估患者情绪，针对思、忧、怒、喜、恐不同情绪，对应选择宫、商、角、徵、羽五种不同的音调的音乐，频率为 qd，每次 30 分钟。

此外，实验组在常规护理程序的基础上，依照《呆病中西医结合护理路径》在不同诊疗阶段（第1天、第2～3天、第4～7天、第8～14天、第15～21天、出院当天），完成对应的中医计划、中医特色护理干预临床疗效评价和居家调理指导工作。

3. 疗效观察

3.1 观察指标：本研究以减少主观性偏倚为目的，采取干预者、评价者与统计人员三者分离的措施。其中干预者、评价者均在试验前进行统一培训，熟悉各自职责，以确保所有操作、资料收集的规范性及同质化。由 2 名经过培训的评价者分别在基线、干预后第四周，出院后随访第四周，评价两组患者的 MMSE、PSQI、ADL、MNA。评价者已明确评估原则、注意事项并采用统一的指导语。基线、干预后第四周采用纸质版问卷评估；出院后随访第四周采用在线视频方式连线，在患者出院时已指导家属配合评估员在线评估的方法。视频连线时，研究端为 1 名疗效评估员，患者端为患者和 1 名家属。

3.1.1 简易智能精神状态量表评分：简易智能精神状态量表（Mini-Mental State Examination，MMSE）是一种常用于评估认知功能的标准测验[13]。这一测试旨在检测一个人的记忆、注意力、数学能力、定向能力、

语言能力和视觉－空间能力等认知方面的功能。根据 MMSE 的总分（满分为 30 分），个体被分类为以下四个级别分级情况：1 级正常：得分≥27 分；2 级轻度痴呆：得分 21～26 分；3 级中度痴呆：得分 10～20 分；4 级重度痴呆：得分＜9 分。研究证明中文版 MMSE 具有很好的信效度[14]。

3.1.2 匹兹堡睡眠量表评分：匹兹堡睡眠量表（Pittsburgh Sleep Quality Index，PSQI）是一种用于评估睡眠质量的标准化工具[15]。PSQI 包括 19 个项目，这些项目汇总为七个主要组分，用于评估不同方面的睡眠质量：①主观睡眠质量②睡眠延迟（入睡时间）③睡眠持续时间④睡眠效率（睡眠时间占床时间的比例）⑤睡眠质量⑥使用药物或其他干预手段来改善睡眠的频率⑦日间功能障碍（白天困倦或疲劳）。总分的范围是 0 到 21 分，分数越高表示睡眠质量越差。PSQI 的总分通常用于评估一个人的睡眠质量，分数大于 5 分被认为是睡眠问题或障碍的指标。

3.1.3 日常生活能力量表评分：日常生活能力量表（Activities of Daily Living，ADL）是一种常用于评估一个人能够自主完成日常生活活动的工具。这些日常生活活动通常包括基本的生活技能，如自我照顾、卫生、进食、穿着、移动等。ADL 用于评估老年人或有各种健康问题的人的生活自理能力[16]。通常，ADL 评估包括以下六个主要方面的日常活动：①洗澡：评估个体是否能够自己洗澡或需要帮助。②穿着：评估个体是否能够穿上和脱下衣物。③上厕所：评估个体是否需要协助使用厕所，包括如何进行卫生清洁。④进食：评估个体是否能够自行进食，包括使用餐具的能力。⑤移动：评估个体是否能够在家中行走、坐下、站起等。⑥如厨烹饪：评估个体是否能够独立完成烹饪和准备食物的任务。ADL 评估通常使用一种分级或标度来描述个体的自理能力。这种分级通常包括：完全独立：个体能够完全自主完成所有 ADL 任务。部分独立：个体需要一定程度的帮助，但可以独立完成一些任务。完全依赖：个体需要完全依赖他人来完成所有 ADL 任务。

3.1.4 微型营养状态评估量表评分：微型营养状态评估量表（Mini Nutritional Assessment，MNA）是一种用于评估老年人和其他成人患者的营养状态的简便工具。MNA 的主要目标是检测和干预营养问题，以改善个体的健康和生活质量[17]。MNA 通常包括以下项目：①生物信息数据：这些数据包括年龄、性别、居住情况等。②身体质量指数（BMI）：通过测量身高和体重计算 BMI，这有助于评估个体的体重状况。③上臂围：测量上臂围有助于了解肌肉质量。④体重损失：评估最近三个月内的体重损失情况。⑤进食情况：评估个体的食欲、吞咽功能和进食独立性。⑥认知评估：对个体的认知功能进行初步评估。⑦情感状态：评估个体的情感状态，包括抑郁和焦虑。⑧身体肌肉状况：检查手掌和髌骨区肌肉质量的损失情况。根据 MNA 的总分（满分为 30 分），个体被分类为以下三个级别：1 级健康：得分≥24 分；2 级有营养风险：得分 17～23.5 分；3 级营养不足：得分＜17 分。

3.2 **数据收集分析**：采用 SPSS25.0 软件分析数据，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验；计数资料采用非参数检验、卡方检验；等级资料采用秩和检验。$P<0.05$ 为具有统计学意义。

4. 结果

研究过程中，患者未出现更换组别的情况，有1例因病情变化转移病区而退出研究（试验组1例），另有4例因出院后未能取得联系而失访（试验组1例，对照组3例），随后按照研究对象遴选标准补录5例，最终每组各45例，共90例完成该研究，流程图见图1。两组基本资料比较差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性，两组年龄、身体质量指数比较见表1，两组性别比较见表2，两组学历比较见表3。

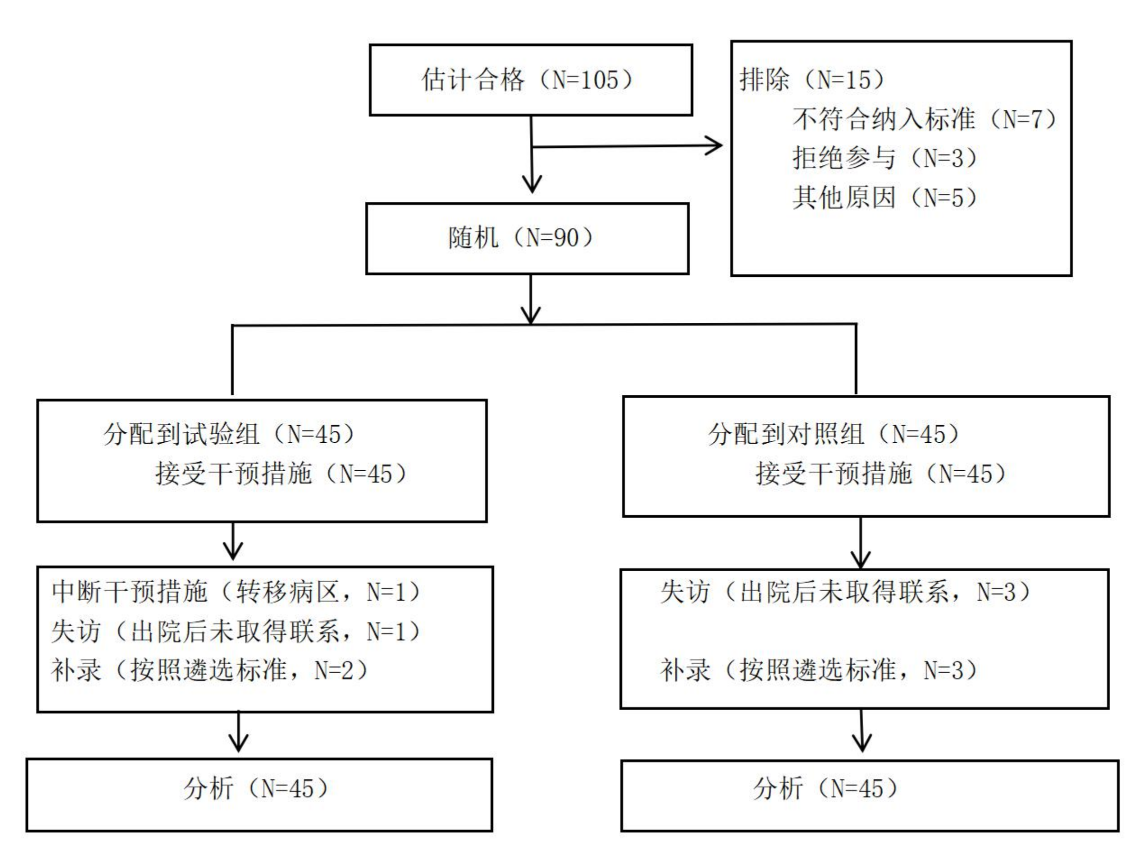


图 1 流程图

表 1 两组患者年龄、身体质量指数比较

项目	样本量	平均值±标准差	P 值
年龄（岁）	试验组(N=45)	76.36±7.22	0.450
	对照组(N=45)	76.42±7.82	
身体质量指数（kg/m²）	试验组(N=45)	22.50±3.78	0.163
	对照组(N=45)	22.01±3.05	

表 2 两组患者性别比较

项目	样本量	性别		P 值
		男	女	
性别（%）	试验组(N=45)	13（28.9%）	32（71.1%）	0.634
	对照组(N=45)	11（24.4%）	34（75.6%）	

表 3 两组患者学历比较

项目	样本量	学历（例）		P 值
		初中及以下	高中及以上	
学历	试验组(N=45)	27	18	0.671
	对照组(N=45)	25	20	

4.1 两组患者的智力状态比较

试验组患者简易智能精神状态量表分级在干预第四周、随访第四周明显低于基线水平，差异有统计学意义（P＜0.05），试验组干预第四周、随访第四周智力状态分级优于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）见表4。

表 4 两组患者简易智能精神状态量表（MMSE）评分

分组	基线	第四周	随访第四周
试验组（N=45）	14.40±5.70	18.04±5.84#*	17.27±6.38#*
对照组（N=45）	14.47±5.70	15.20±5.35	14.47±5.79

注：#为与基线对比 P＜0.05，*为与对照组对比 P＜0.05

4.2 两组患者的睡眠情况比较

试验组患者匹兹堡睡眠量表评分在干预第四周、随访第四周明显低于基线水平，差异有统计学意义（P＜0.05），对照组干预第四周明显低于基线水平，差异有统计学意义（P＜0.05），试验组干预第四周、随访第四周，明显低于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）见表5。

表 5 匹兹堡睡眠量表（PSQI）评分

分组	基线	第四周	随访第四周
试验组（N=45）	12.31±3.55	5.75±4.59#*	7.18±2.68#*
对照组（N=45）	12.33±3.48	8.51±5.87#	9.65±4.81

注：#为与基线对比 P＜0.05，*为与对照组对比 P＜0.05

4.3 两组患者的日常生活能力比较

试验组与对照组患者日常生活能力量表，干预前后及随访期差异无统计学意义（P＞0.05），见表6。

表 6 日常生活能力量表（ADL）评分

分组	基线	第四周	随访第四周
试验组（N=45）	68.75±30.57	73.75±27.41	73.75±26.55
对照组（N=45）	69.84±29.84	72.52±26.25	71.84±28.72

注：#为与基线对比 P＜0.05，*为与对照组对比 P＜0.05

4.4 两组患者的营养状态比较

试验组与对照组患者营养状态干预后第四周差异无统计学意义（P＞0.05），试验组患者营养评定随访第四周营养水平明显改善，差异有统计学意义（P＜0.05），见表7。

表 7 微型营养状态评估量表（MNA）评分

分组	基线	第四周	随访第四周
试验组（N=45）	17.20±4.20	17.34±4.12	20.02±3.46#*
对照组（N=45）	17.09±4.12	17.97±3.87	18.03±3.99

注：#为与基线对比 P＜0.05，*为与对照组对比 P＜0.05

5. 讨论

本研究为应用于临床真实诊疗环境的随机对照试验，是诸多干预方式的合集，具有综合性和实用性。研究探讨了中西医结合护理路径对呆病患者的临床应用效果。研究发现，使用中西医结合呆病护理路径可显著改善呆病患者的智力状态、睡眠质量和营养状况，两组的日常生活能力没有显著改善。该结果表明，中医特色技术在治疗认知障碍方面有着较好的作用，与研究最初的关注点吻合。

我国认识呆病的历史有 2000 多年，时晶[18]等以呆病及其核心症状为主线，将古代医籍中的零珠碎玉串联成文，勾勒出我国呆病防治的理论源流。《素问·宣明五气论篇》云："五脏所藏，心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，肾藏志。"《灵枢·本神》云："所以任物者谓之心，心有所忆谓之意，意之所存谓之志。"此处"意"指注意、追忆，表现为对一定事物的指向和集中，是思维活动或记忆的开端。如《类经·藏象类》所云"忆，思忆也。谓一念之生，心有所向而未定者，曰意"，其藏在脾[19]。因此，"意"是记忆的开始，寓意即刻记忆。"意之所存"指保存、储存，"志"是记忆的保存，寓意延迟记忆，其藏在肾。《黄帝内经》"肾藏志"学说是我国古代人对人体记忆功能和记忆减退症状最早的学术思想。此外，《黄帝内经》还有其他几种有关"善忘"的病机假说。一是肝旺导致善忘。如《素问·玉机真脏论篇》云："帝曰：春脉太过与不及，其病皆何如？岐伯曰：太过则令人善忘，忽忽眩冒而巅疾；其不及，则令人胸痛引

背，下则两胁胠满。”所谓“春脉者，肝也，东方木也，万物之所以始生也”。 二是气血不和导致喜忘。如《素问·调经论篇》云：“血气未并，五脏安定；血并与下，气并于上，乱而喜忘者是也。”三是上气不足即心肺气虚导致善忘。 如《灵枢·大惑论》云：“上气不足，下气有余，肠胃实而心肺虚，虚则营卫留于下，久之不以时上，故善忘也。” 四是阳气竭绝导致善忘。 如《素问·四时刺逆从论篇》云：“冬刺肌肉，阳气竭绝，令人善忘。”《伤寒杂病论》传承了“喜忘”的概念，提出“本有久淤血”的新说。方有执[20]在《伤寒论条辨》中提到“喜忘，好忘前言往事也。志伤则好忘。”丁光迪[21]在《诸病源候论校注》中云：“多忘者，心虚也。 心主血脉而藏于神。若风邪乘于血气，使阴阳不和，时相并隔，乍虚乍实，血气相乱，致心神虚损而多忘。”《景岳全书》[22]云：“痴呆证，凡平素无痰，而或以郁结，或以不遂，或以思虑，或以疑贰，或以惊恐，而渐致痴呆，言辞颠倒，举动不经，或多汗，或善愁，其证则千奇万怪，无所不至。”阐述了呆病乃痰结而致七情所伤。我国认识呆病的文献记载庞杂，直到 2009 年，王永炎、严世芸主编《实用中医内科学（第二版）》把呆病的辨证分型分为 “髓海不足、脾肾两虚、痰浊蒙窍、血瘀气滞、心肝火旺、毒损脑络”，充分反映了呆病的虚、痰、瘀、毒病机演变规律，成为呆病临床诊疗的指导思想[23]。

关于呆病的辨证论治，郭清[24]等认为应该从中医五脏的角度进行分析，上文提到《素问·宣明五气论篇》云：“五脏所藏，心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，肾藏志。”由此可见五脏与精神、意识活动密切相关，五脏之气协调则人的认知功能正常。中医护理技术则是从整体角度出发，兼顾身心，辨证施护。双耳与脏腑密切相关，耳穴为人体脏腑的反应点，通过刺激心、肾、额、皮质下、神门等穴位能调理脏腑，起到补肾填精、活血通络、益气健脑曾智的作用。娄勍[25]关于联合耳穴压豆疗法的随机对照试验验证了其试验治疗认知障碍的明显优势。灸法是借助灸火的热力和艾叶的药理作用对穴位产生刺激，通过经络传导到脏腑，从而调整气机。苏全德[26]在西药对照组（口服盐酸多奈哌齐）基础上取百会、大椎、名门及至阳穴行温和灸法，干预三个月后结果表明，治疗组总有效率高于对照组，两组治疗后 MMSE 评分均较治疗前显著提高，且治疗组优于对照组（$P<0.01$），说明灸法能较好改善呆病患者认知功能。韦丽芳[27]同样设计了随机对照试验，观察雷火灸治疗早期老年痴呆的临床疗效，其试验组所灸穴位为神阙、中脘、天枢、关元、涌泉及百会穴，其研究结果表明，在常规疗法的基础上加上雷火灸治疗，可有效缓解老年痴呆的发展进程，改善老年痴呆症患者的生活质量。关于辨证施膳，《素问·五常政大论篇》中多次提到“食宜同法”、“药以祛之，食之随之”等观点，表明食物具有辅助药物治疗疾病的功能。辨证施膳是中医辨证施护的重要措施，余佳静[28]探究中医辨证施膳联合耳穴压豆对呆病患者睡眠障碍的疗效，结果表明中医辨证施膳联合耳穴压豆干预较常规护理有着较好的临床疗效。八段锦运动将呼吸、体式、意念相结合，动作流畅连绵、动静相兼，使气机流畅。贾卫[29]等对 8 篇关于八段锦对轻度认知障碍患者干预效果的文献进行 Meta 分析，得出结论：规律八段锦运动能有效改善轻度认知障碍患者的整体认知功能，并在运动 2 个月开始显效。以上诸多研究结果与本研究结果方向一致。

目前，学术界已开展大量关于中医技术干预呆病病情的临床效果观察的随机对照试验研究。这些研究大致分为两类：一类是针对单一症状采用单种疗法，旨在探究该疗法对症状的疗效；另一类是采用 2～3 种疗法综合干预多个症状，目的是研究多疗法综合干预下患者病情的进展情况，更具有综合性。本研究则是在临床真实诊疗环境中进行的随机对照试验，采用辨证施膳、气交灸、耳穴埋籽、足底艾灸、情志调理、五音疗法等中医特色护理技术，集成了多种干预方式，具有以下优点：①综合性治疗：不同的中医干预方式可以从多个角度同时作用于患者，综合调理身体的阴阳平衡、气血运行等方面，有助于全面改善患者的身心状态；②个体化治疗方案：综合中医干预方式可以根据患者的具体症状和体质特点制定个性化的治疗方案，提高治疗的针对性和有效性；③多途径促进康复：不同的中医干预方式可能通过调节饮食、运动、灸法等方式影响身体的不同方面，多途径促进患者的康复进程；④减少药物副作用：中医治疗常以自然草药或非侵入性疗法为主，相对于某些药物治疗，可能减少药物副作用对患者身体的影响；⑤促进整体健康：中医强调身心的整体平衡，治疗过程中可能促进患者整体健康，包括改善睡眠质量、情绪稳定等，对呆病患者的生活质量有积极影响；⑥潜在的持久性效果：综合中医干预可能在治疗结束后仍持续对患者产生积极影响，有助于维持长期的康复状态。

研究局限性：本研究虽然有一定的积极发现，但也存在一些限制和潜在偏倚：①单中心取样。单中心取样的研究降低了研究的外部效度，并且可能导致选择性的样本，影响研究的代表性，另外，研究结果可能受到广州本地的气候环境、社会文化等外部因素的影响。②未考虑长期效果。该研究主要关注了短期干预效果，但未提及干预的长期影响。呆病通常是一种慢性疾病，因此长期干预效果的了解对于全面评估中西医结合护理路径的效力至关重要。总之，虽然本研究提供了一些有意义的结果，但需要更多的大规模、长时间的随机对照试验来进一步验证这些发现，并解决潜在的限制和偏倚。

未来研究方向：进一步细化探索中西医结合护理路径的不同元素对患者的影响，包括研究特定中医技术的效果以及将这种路径应用于其他认知疾病患者，并且建议展开长期随访研究，以了解中西医结合护理路径对呆病患者的长期影响。

总之，中西医结合护理路径综合了传统的中医疗法和现代西医治疗方法，为患者提供了更全面、多元的医疗护理。该方法具有综合性，可以更好地满足患者的不同需求，包括生理、心理和社会层面，有望提高疾病治疗和康复的效果。该路径的潜在社会价值不仅在于改善患者的生活质量和智力状态，还在于避免医疗资源的浪费。通过综合利用中西医的疗法，可以减少不必要的医疗费用和重复性检查，有望为医疗体系提供经济和资源上的优势。另外，中西医结合护理路径还可以为慢性疾病管理和老年人护理提供新的方法，有助于提高社会整体的健康水平，为“健康中国”战略助力。

参考文献：

[1] JACK C J, BENNETT D A, BLENNOW K, et al. NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease[J]. Alzheimer's Dement, 2018,14(4): 535-562.

[2] Patterson Christina.World Alzheimer Report 2018.The state of the art of dementia research:New frontiers[J].Alzheimer’S Disease International,2018.

[3] 吴玉莲,杨晋如,程桂荣等.中国居民对阿尔茨海默病临床表现及危害识别[J].中国老年学杂志,2019,39(8):1992-1996.

[4] 孙蓉,宋绍霏,张通.阿尔茨海默病药物治疗的现状及展望[J].中国临床保健杂志,2020,23(2):153-156.

[5] Figueiro MG, Plitnick BA, Lok A, et al. Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long-term care facilities. Clin Interv Aging, 2014(9):1527-1537.

[6] Imtiaz B, Tolppanen AM, Kivipelto M, et al. Future directions in Alzheimer′s disease from risk factors to prevention[J]. Biochem Pharmacol,2014;88(4):661-70.

[7] 余如霞,姜婧.中医护理在阿尔兹海默症中的应用现状分析[J].国医论坛,2022,37(6):44-47.

[8] 韩乐鹏.项七针为主治疗阿尔茨海默病 20 例临床观察［D］.济南 :山东中医药大学 ,2011.

[9] 路萍.中医特色护理法对阿尔茨海默病患者病情控制的影响［J］.齐鲁护理杂志,2015 ,21(11):1517.

[10] 景静,陈晓燕,李洁, 等.阿尔茨海默病血瘀证的中医护理研究进展[J].护理研究,2018,32(4):523-526.

[11] 冯国双.临床研究中重复测量资料组间比较的样本量估算[J].慢性病学杂志,2022,23(9):1323-1325+1330.

[12] 周甜,熊令辉,陶慧琪等. 足灸箱[P]. 广东省:CN215022218U,2021-12-07.

[13] 彭丹涛,许贤豪,刘江红等.简易智能精神状态检查量表检测老年期痴呆患者的应用探讨[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2005(4):187-190+211.

[14] Maryam R,Azar D,Parand P. The correlation and agreement of montreal cognitive assessment, mini-mental state examination and abbreviated mental test in assessing the cognitive status of elderly people undergoing hemodialysis[J]. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research,2022,27(6).

[15] 路桃影. 匹兹堡睡眠量表的测量特性及其最小重要差值的研究[D].广州中医药大学,2012.

[16] 李强,林翠茹,张玉莲.轻度老年性痴呆患者日常生活能力与中医证候相关性研究[J].光明中医,2023,38(9):1617-1620.

[17] 付丽,项金华.微型营养评估在老年慢性心力衰竭患者中的应用及其与心功能及预后的关系[J].中国老年学杂志,2022,42(11):2604-2608.

[18] 时晶,倪敬年,刘金民等.呆病防治的理论源流[J].现代中医临床,2022,29(1):29-33.

[19] 张介宾.类经[M].北京：人民卫生出版社,1965:50.

[20] 方友执.伤寒论条辨[M].北京：人民卫生出版社,1957:98.

[21] 丁光迪.诸病源候论校注[M].北京：人民卫生出版社,2013:574.
[22] 张介宾.景岳全书[M].李继明,整理.北京：人民卫生出版社,2007:754.
[23] 王永炎,严世芸.实用中医内科学[M].上海：上海科学技术出版社,2009:455-459.
[24] 郭清,宫洪涛.从中医五脏论血管性痴呆的病机[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(1):71-72.
[25] 娄勍,梁宏正,余乐端.西医联合孔圣枕中丹及耳穴压豆治疗轻度认知功能障碍 30 例临床观察[J].中国民族民间医药,2019,28(6):76-78.
[26] 苏全德,何晓慧.温和灸治疗阿尔茨海默病疗效观察[J].上海针灸杂志,2018,37(6):623-625.
[27] 韦丽芳,黄海和,吴晓秋等.雷火灸治疗早期老年痴呆临床疗效观察[J].大众科技,2019,21(3):46-48.
[28] 余佳静. 中医辨证施膳联合耳穴压豆对阿尔茨海默症患者睡眠障碍的疗效研究[D].吉首大学,2022.
[29] 贾卫,马秋平,杨旭等.八段锦对轻度认知障碍患者干预效果的 Meta 分析[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(1):6-11.